

# チーム医療における「コミュニケーション」の重要性

## —— 和歌山県立医科大学における一事例 ——

小田 章，小高加奈子

### はじめに

本稿は、和歌山県立医科大学（以下、「和医大」という。）リハビリテーション医学教室初代教授を務められた上好昭孝名誉教授へのインタビューの機会を得、我々が関心を持つチーム医療における「コミュニケーション」の重要性に関する上好先生の知見をまとめたものである。

先生は、和医大卒業、医学博士。和医大整形外科講師、同助教授、同大学リハビリテーション科教授（初代）、関西鍼灸大学教授、河崎医療技術専門学校校長、大阪河崎リハビリテーション大学学長を歴任された。関節リウマチ、変形性股関節症の保存療法（装具）、骨粗鬆症（リュックサック療法）分野の第一人者で、多数の著作がある。これらの功績が認められた結果、2016年春の叙勲では瑞宝中綬章を受賞された。

先生との出会いは、和医大整形外科学教室教授であり、同大学附属病院長を兼任されていた吉田名誉教授に仲介の労を頂いたものである。小高の家族が最近同附属病院で診療を受けた際に、吉田先生と診療以外の話題についてもさまざまな会話をさせていただく機会に恵まれた。小高が組織的な情報創造を研究テーマとしていることをご説明したところ、先生も経営学や組織論には強い関心を持たれていた。この機会を活かし、別稿において吉田先生へのインタビュー結果等に基づく論文をとりまとめたところである。

吉田先生の経歴を辿る中で、非常に大きな存在であったのが上好先生であることが分かった。吉田先生は2000年4月から2003年3月まで上好先生が指揮していたリハビリテーション科助教授を務められていた。当時の和医大においては整形外科学教室とリハビリテーション教室は一体のものとして運営されていた。整形外科手術のフォローを行うのがリハビリテーションであることを考えれば自然なことである。上好先生は、吉田先生の医師、研究者、そして管理者としての資質を極めて高く評価していた。吉田先生もその期待に応えたいと思った。その結果が上記の人事であり、その間にお二人は強い絆で結ばれる間柄になった。

「縁の下の力持ち」という言葉があるが、リハビリテーションという医療分野はその最たるものであるだろう。治療者の側でも受療者の側でも強い覚悟がなければ成り立たない行為である。ただし、強い思いがあるだけでは空回りしてしまう可能性があり、長続きしないかもしれない。人間の強さと弱さの両面を洞察した上で、粘り強くかつ温かく取り組むことが求められる職業である。

上好先生はこうしたリハビリテーションの医療分野で長く第一線を率いてこられた。吉田

先生をはじめ、その人格と識見を慕い、影響を受け、協力してきた人びとは多い。上好先生の信念と経験を今後リハビリテーションの医療分野を志す人びとの拠りどころとして記録に残すとともに、その作業の中から浮かびあがってきたチーム医療におけるコミュニケーションの重要性について組織的情報創造の観点から若干の考察を行うことを意図するものである。

## 1. 和医大リハビリテーション医学教室について

まず、上好先生が初代教授を務められた和医大リハビリテーション教室について概観してみたい。以下は同教室のホームページの記載である。

当教室は小さいながらも近畿、中国、四国地方国公立医科大学（医学部医学科）で唯一のリハビリテーション（リハ）医学講座です。平成17年7月より、少ない医師スタッフながら、救急医学教室のご協力のもと、発症早期からリハ科が主治医となり、治療に当たる体制を導入致しました。これにより、全人的に、全身管理を含めた医療リハ研修が可能となりました。発病・受傷当日からでも適切な全身管理のもと、リハをも含んだ最良の医療が提供できるように今後も努力してまいります。

もちろん、本学は一般の中央診療部門としてのリハ部門も持っておりますので、回復期リハの研修も行えます。リハ医としては、重症・重複障害者に対する急性期リハの知識・技術を身につければ、回復期リハでのリハにも十分対応出来るようになります。症例数も多く、短期間で臨床能力が身に付くと考えます。男女を問わず、将来的にセントラルサービス部門での活躍を視野に入れている方も急性期の経験は重要だと考えます。

高齢化・少子化の進行と医学の発達で、平均余命の延長と、障害者の増加をもたらしています。したがって、疾病の治療はもちろんのこと、患者の能力と生活の改善に取り組む総合的な医学の必要性が増しています。リハビリテーション医学はその必要性に応えるために生まれた比較的新しい分野の医学です。考え方としては、障害そのものの診断に加え、障害されていない健常部を理解し、健常部で代償することで能力を高めます。

具体的な例をあげます。大腿切断者の歩行障害の治療では、下肢の再生医療が本来の治療であることは明らかであります。しかし、現状においては下肢の再生治療は不可能です。義足を処方し、歩行訓練を行い、歩行能力を獲得し、家庭・社会復帰を果たす事が重要です。リハビリテーション医学はその治療法をも含めた障害医学を包括し、総合的に患者さんを捉え、能力障害を改善し、さらには社会的不利に対処するための医学です。

和歌山県立医科大学リハビリテーション科では、臓器別医療の枠にとらわれず、「全身を診る」・Whole Bodyの観点から障害者に対応し、日常生活動作やQOLの改善に取り組みます。もちろん関連機関のご助力をいただき、急性期から慢性期におけるあらゆる障害者が必要とする医療サービス提供に努め、その研究開発を行います。そのために、教育面では医師の本分である急性期における全身管理をする主治医としての医療知識技術から退院後の「かかりつけ医」としての能力をもつ医師の育成に努めます。

研究面では、リハビリテーション医学の臨床・基礎研究を積極的に行います。これまでも、科学研究費などをいただき研究にも邁進し、Archives of Physical Medicine and Rehabilitationを中心とした国際雑誌にその研究成果を報告しております。リハビリテーションの基本である、障害

者の病態生理、運動療法の基礎、物理療法の作用機序と医学的意義、自律神経と障害の関連、脳血管障害・脊髄損傷・リウマチ等骨関節疾患のリハビリテーション、義肢装具の基礎研究、健常者の運動生理学とスポーツ障害、障害者スポーツ医学等幅広く研究しています。研究業績をご参照下さい。

さらに、平成17年からは医学部修士課程の設置に伴い、理学・作業療法士、言語聴覚士等の教育にも取り組み始めております。

このように、臓器別医療の基本をふまえながらも、患者個人を全人的に理解し、治療するための臨床、教育、研究を行います。

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教室は、平成11年5月大学移転に伴い新設されました。初代教授には上好昭孝先生が就任され、当教室の基礎を構築されました。平成15年9月より田島文博が教授に就任し、さらなる飛躍を目指しております。

教授を含め医師スタッフは総勢5名と少数ではありますが、コメディカルスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師など）と一丸となり、患者様第一主義をモットーにリハビリテーション医療を実践しています。そして「最良のリハビリテーションは和歌山から」を合い言葉に、日々臨床、教育、研究活動に励んでおります。

さらに、我々は共にリハビリテーション医療を実践してくれる仲間を求めています。臨床研修を終えたリハビリテーション医を目指す若い医師はもちろん、専門科が違ってもリハビリテーション医療に興味があり、今後リハビリテーション医を目指したい方も歓迎いたします。リハビリテーション医療は、障害者が対象であるため様々な分野の知識が必要であり、我々も常に様々な分野での知識を吸収したいと考えております。少しでも興味をお持ちの方は、是非ご連絡下さい。

## 2. 整形外科医への道のりとリハビリテーションへの傾斜

リハビリテーション医療に関する思いや考えを理解するための第一歩として、上好先生がどのようにしてこの医療分野に辿り着いたのか、その背景や経緯などについてまず語っていただいた。

### （1）末期ガン闘病中の母親による導き

小高：先生が整形外科医を選ばれたきっかけを教えてください。

上好：ちょうど大学に入る年にね、実はね、自分の母親がね、ガンで亡くなったんですよ。それも今でいう胃ガンですね。ちょうど受験の時にね、あの～、母親が亡くなって、その時、僕、色んな親戚の関係とか兄貴の関係で阪大とか色んな先生を紹介してもうてね、あの～、話やってたんで、一番その時にインパクトがあったんは、「君は将来、何になるんや？」っていうことを言われたんですね。で、僕は初めからどっちかって言うたらね、変わっとるんですよ。シャーロック・ホームズにね、憧れて、

小高：シャーロック・ホームズ？

上好：法医をやりたいなっていう気があったんですよ。だからね、「いや、君はそんなこと言わんとね、自分の母親をいっぺんよく見ろ」ちゅうてね。っていうのは2年間ほど、やっぱり内科でね、まあ、治療受けてたわけですよ。で、うちの親父自身はね、「元々よう太ったの

がね、痩せてくんのはね、これ、ガンやで」と言うたんやけど、どうしても、木崎国嘉って昔 11PM って番組、大橋巨泉なんかと出てた内科の大阪日赤のね、医者がいてるんですよ。それが母親の兄貴とね、同級なんですよ。それでずーっとそこにかかっってね、ほんで、おかしいなっていうんで親父が「もう絶対にガンやと思うからね、もういっぺん医者替えやんといかんで」って。で、まあ、僕ちょうどその頃たまたま浪人でね、東京に1年居てたんですよ。で、伯父さんがね、田辺製薬の重役やとったんでね、いっぺん相談したらね、「それやったらガン系のね、先生と相談するわ」って、で、「写真持ってこい」言うからね、持って行ったら、ああ、やっぱり、あの～、内科の教授もね、大丈夫やって、僕がそういうようにしてるから、精神的にね、ストレスかかって悪いやろうって言うこと言うてたんやけど、まあ、その結果がね、そうなってちょっと悪くなったんで、阪大の内科へ入院したんですよ。その時に同じ立場でね、検査受けてやった時にその～、外科の久留って今はまた東京へ行かれた有名なね、久留先生が阪大に居られて、有名なガン研の所長になりましたけど、その先生と知り合ってね、呼ばれたんですよ。「君はね、医学部行くんやろ?」、「そうです」、「これ見たらどう思う?」って言うんですね。「内科の目と外科の目が違うやないか」と。で、内科の教授とケンカするんですよ、前で、ハハハ（笑）。「我々は中を開けて見てる」と。「そやけど内科は中を見てないやないか。だからそういうところは違う。君はね、やっぱり目で見えてね、やれる学問をせなアカン」って言われてね。それが1つでね。ほらそうやな、その通りやと思ってね。まあ、外科系へ行こう、その系統でどっか行こうと思ってたら、たまたま和歌山医大に母親が願書出してたんですよ、入院中に。僕に、親父の近くに居てやってくれてことやね、大阪やったから。僕、平岡なんですよ、河内長野ね。で、そっから通えるところでないと、自分はもう、やっぱり医者の娘でね、覚悟しておったんやね、これはもうアカンっていうのを。それであの～、病院の中から願書出してきてたので。で、まあ、しょうないと、僕は実は慶應行きたかったんですよ。まあ、そやけど、それがあったんで、受けようということで、とにかくいきなりね、受けに来て、そしたら先にこっち通ってしもて（笑）。ほんだらもう、親が喜ぶからね、「もう近くにしたいよ」って言われて、こちらもいよいよもう聞いてますからね、「春までもたんよ」って言われてたから。で、入学して、通知もらった1週間以内かな、やっぱり亡くなったんですよ。

## （2）恩師たちとの出会いとさまざまな臨床経験

小高：お母様もお若かったでしょう？

上好：まだ若い。そら今で言うたらね、40 なんばやからね、死ぬ年やなかったんやけど。まあ、そういう事情、それが1つの大きな、外科へ行く1つですね。それから今度は、ちょうど大学へ入ってどうしようかな、何科行こうかなって思ってた時に、あの～、ちょうどその頃にね、僕の初代の教授になるね、嶋良宗先生っていうのがちょっと奈良の方から通われてたんですよ。それがあったんでね、誰かの紹介かな、なんかでね、「お前とこの教授、誰?、いいやんか～」ってということで、「おうて（会って）みたら?」ということで、そうするとあの頃はみな教授いうのは、あの～、学生をね、引っ張るでしょ。で、もう一つ僕が習った最後の中川っていう整形外科の教授がね、早くから何か変に気に入ってくれてね、学生時分でもね、「お前は整形外科へ行くんや」というようなことを言われてね、6年生の時からね、和歌

山のね、大きな整形外科の病院あるんですよね、同窓の。そこへちょっとね、「晩でも見習いに」って、それが一つ、まあ大きい機会ですね、最終的には。迷って入ってきて、整形外科、まあ、外科系へ行きたい、そこへたまたまそういう話があったと同時に、前の教授が辞める時に、名古屋へ行かれたんですけどね、その先生は。予備軍やちゅうことで、結局ね、「ウロウロウロウロするんやったら、病院へ行って見習え」って。それで、中村了生病院があったんでね、

小高：アロチにあった病院ですか？

上好：そうそう。あっこへ夜ね、行ってたん、週1回ずつね。で、横へ付けてもらって、色んな所見ね、見方とか、あの～、どうするんやとかそういうことを教えてもらって、耳学問で体験しながらね、で、インターンへ入って行って。ちょうどその時、教授が替わったんで、奈良のその～、言うてた、面白いからってということで、ね、そこへ入ろうっていう、まあ、そういうね、ことが結構あったんですね、うん。最初、整形外科行ってね～、あの頃はね～、ほんとに美容整形と間違えられたんですよ、初め頃（笑）。ちょうど僕が入って1年過ぎてから、高野山なんかね、関連病院だったんですね、県の。それで、整形外科のあれなんかでも「手伝いに行け」って言われて、行ったりしてたんですよ。来る患者さんは皆、美容整形と間違えたね。「まぶた大きくしてください」とかね、「傷、治せ」とか。僕は町長と面談しに行ってね、「我々は外科医として来てるんやで」と。「そんな美容整形と全く違うんや」って（笑）。それでないと誤解招くからね。で、整形外科とはこういうもんやと盛んに言うてね、やっと町の人なんかも理解してくれて、腰痛や首痛いって来てくれた。初めは違いが皆は分からなかったですよ。内科の先生、院長で居てるんですよ。そやけど、まあ、整形外科ちゅうたらね、

小高：美容整形？

上好：そうそうそう。僕、何も思ってたかったですよ（笑）、現場に出たらそんなんで。だからまあ、あそこで3年程行ったりしながらね、そして少しずつ自分の方向が分かってきたんで。その教授がね、まあ、今までの整形外科の教授にしたら非常にユニークなんでね、あの～、本読んで、前の学長自身は「もう本さえあればね、医者に立派になれるんや」と、「勉強したらええんや」って、むしろ初代の学長はね。僕らも講義受けましたよ、学生の時分。「しかしね、医学部いうのはね、そんな本読んで勉強できるものと違う。やっぱり実際のもんはね、実学ね、できるものがないとね、医者じゃないんやから臨床におうたことをせい」と。「色んなたんぱくが存在がね、顕微鏡覗いてね、なんやってそんなもんでは何の役にも立たん。それよりも臨床で仕事してくれ」と。あの人がちょうど僕が第一期のあれになるんですよ、教授の中へ入った、

小高：医局員ということですか？

上好：医局員で、自分のほんとの、うん。そんなことがあって、最初からね、わりにあの人が幅広かってリハビリテーションをね、少しあの頃に言うてたんですよ。恩師がそうやったんでね、水野祥太郎というのが阪大の。そやからまあ、今までの整形外科行ったらリハビリなんかほとんどなかったんですよ。そやけど、リハビリテーションがこれから大事になるからということで、「お前ね、1回それを勉強したらええわ」ちゅうことでね、障害者センターってあの頃、厚生相談所行って、今でいう身体障害者の県の相談所あるでしょ。そこも兼務になってね、まあ、もちろんそこは週1回ですけど、障害者の人のね、色んなもの見て、装具をね、

考える。やっぱりね、「手術ばかりでは何もできへんで」って。「やっぱり保存的な中でも装具療法っていうのは整形外科で非常に大事やから、それをテーマにしてね、まず研究せい」って（笑）。まあ、良かったと思うんですよ、僕も。途中でよう気付いてね〜。なるほどって理解できたんでね。まあ、だからわりあいに入局した時から障害のある人いうんですか、今の障害ね、そういうのなんとか関わりが早い時期から経験できたんで。で、それをテーマにしながら、まあ、そういう装具医療のね、開発っていうことを大学でもさしてもらったり。

小高：装具医療？

上好：そう。装具、まあ、言うたら色んなあるでしょ。脊椎とクリニックと分けてるでしょ。脊椎班や何やって。もちろんそれも装具とリハビリテーションも僕、担当しとったんで。僕、元々は脊椎だったんだけど、やってたんですよ、うん。まあ、そういう関係でね、やっぱりあの〜、もうちょっと幅広く障害の人を見た時に、それだけやったらいかんなど。自分では研究はもちろん装具もやってたけど、リウマチ患者ももう1つ入って来たんですよ。あの〜、今と違ってね、変形してね。山中教授ってしてるでしょ。

小高：あ、はい。

上好：あの人もそうやろ。最初、整形へ入ってリウマチの患者の主治医になって、こんなとても手つけられへんと、だから整形外科辞めてね、あんな研究に入って行ったんですよ、薬剤の開発とかあんなんを考えて。しかし、正解やったんやね、あの人はあの人なりにもものすごくやっぱり画期的なことをやったわけですね。うちはそれはやってなかったんやけども、まあわりに教授からちやほやされてね、色んな部門を持たせてもらったんでね、それは僕、非常に救いやった。自分で色んなこと知る機会ね。その代わりもう、学会も忙しいですよ。あっち行きこっち行き、もう家の中はほったらかしですよ、ウハハ（笑）。それはもうほんまにね、今思うのはね、よう我慢してくれたな〜って、子供もね、小さいの抱えて近くの学校ばかり行かして、まあなんとか育ててくれた。自分にとってはそういうことをやりながら、友の会ね、和歌山にはあの頃はあんまりなかったんですよ。それも一応作って、まあ、なんとか毎年これに対して情報をね、その時の進歩のやつを話したり相談に乗ったり、それは良い経験なんでね。

### （3）吉田先生との親交の始まりと新設リハビリテーション科への転出

上好：それで途中で吉田君とかその学年が入って来たんやね。彼はわりに話しに来てくれて、あの〜、大学でね、じーっとしててもアカンので、いっぺん自分では村山の方へ、あそこは脊椎のね、大谷っていうのが居てたんですよ。同じぐらいの年代。「そこへちょっと行ったらアカンか？」って言うんでね、「行ったらいいやんか、そら〜。若いうちに何でもせんかったら、上になってきたらもうできへんから」って、それで彼は行って。彼はあれも1つ、今の足掛かりになったやろうと思う。そういうことがあって、まあ、なんやかんやりながら来て、あの〜、大学が平成11年で紀三井寺へね、変わったでしょ。

小高：それまでは公園前にあったのですよね？

上好：そうそうそうそう、汚いのね（笑）。いや、ほんまにね〜、あの頃、大変やったですよ。まあ、それでもね、一応移転になるって、その時にわりにね、普段から外来でそういうことやって

たし、他の科の教授なんかも理解してくれたしね。僕はリハを作ってほしいと学長に言うてたんですよ。で、学長も「全く同感や」と。「これからの大学病院でリハビリテーションのできないような病院ではどの科も伸びないから、リハを作ろう」ちゅうことで、たまたまりハビリテーション科を作ってくれたっていうことで。まあ、その時に整形外科のあれもあったけど、僕にしたら色んな事やってきて、これから先、和歌山でね、リハビリテーション育てていかんといかん。それもその頃だったらね、リハビリテーションっていうのはね、みんな毛嫌いですんですよ。あんなもんね、後療法って思ってるんですよ。なんか色んな治療した失敗、整形外科とかでそうですね、その後始末と思ってるわけですよ。あんなもんはそんなに必要性ないとかね。そやけど、立候補したりなんかして協議会でね、「リハビリテーションっていうのはね、言葉は悪いけども残飯処理ではないんや」と、「新しい1つの学問として最初から関わらんとアカンねん」と。ある意味では理解してくれたんも出て来たんやね。それでないと、なんかできかけたり、電気かけたりとかあっちこっち行ったりすんのがリハビリやと。「そうではないんや」と、「障害ができた時に、以前と同じような生活できるようにいかにさすか、だから我々はただ単に後始末ではないんやから、最初から関わらせてくれ」って。そういうことを言ったりしてたんが、まあ、なんとか世の中が追いついてきて、皆、理解してくれた。今度、僕が辞める時、自分が定年になる時に辞めてどうしようかなという向きがあったんですよ。ちょうどその時、整形外科もね、教授が退官になってるんで、吉田君がうちに来てくれてたんですよ、リハビリにずっと。そやけども、彼のあれから見たら、やっぱり整形外科でね、やってやる方が和歌山のね、同門が多いですからね、整形外科っていうのは。というのは、大阪よりもね、あの頃、阪大行ったらね、教授になったんが皆阪大やったんですよ。整形外科でね。で、同門が阪大の関連のところにたくさんいてたんで、病院っていうたら和歌山では堀口病院とか中村了生とかあ～ゆうのが3つほど大きいのがあったんですよ。それでまあ、どういうんですかね、まあ、彼は大きいとこで最初からやる方がいいかなと思って、「立候補したら？」ちゅうことで、

小高：上好先生がお薦めになられたのですね？

上好：まあ、もちろん本人の意向もあったんでね。いや、もう、そらね、「やったらどうや、教授選出たら？」って。ほたらまあ、全体的に見てね、今、立派にやってくれてますよ、全国版になってくれて、ウハハ（笑）。ね、ちょうどあの時、マイクロね、あれも1つの始まりやったんでね。

小高：内視鏡ですね？

上好：そうそう、内視鏡の、特に整形のね、内視鏡の。まだ僕自身もそうでしょう、整形外科で腰痛くなってやった時、骨切ってね、こうやってね、昔やってたでしよ。そやけど彼はね、内視鏡をね、まあ、やりながらね、そういう勉強もしたったんやね。で、ペイラーへ半年ほど行って、で、帰って来て、「それを実際に使いたい」ってね。僕は整形外科っていうのは、何でも屋から手術場も持ってましたよ、僕自身も関節の手術やって。ただ単なる後始末じゃないんやって。彼もそれを利用してやってたんでね。まあ、色んな人に知られるように、日本では非常に早い時期にあ～ゆう内視鏡でね、腰痛の手術をする、あれが彼にとって非常に良かったんちがうかな、やっぱり今ね、現在を考えたら。

小高：吉田先生にお話を伺うと、上好先生のお陰で今の自分があるとも仰っておられました。

上好：まあ、そう言うてもらえればね、有難いことで、まあ、ある程度幅広～ね、やって、彼もリ

ハに4年来てくれたんが非常に良かったんやと思うんですよ。

小高：先生がお呼びになったのですか？

上好：もちろん、うん、僕が独立すんのに、誰かね～、芯になってちょっと色んな医局や学生を見てもらうには、やっぱり吉田君が来てくれたら1番。彼なかなかね～、あ～ゆう学生受けもええんですね、うん。だから、やってくれるやろうって。何しろスタッフ少ないね～、5人でスタートしてるからね～。その一つをっていう形でやってくれたらね～。だからまあ、彼も決してそれはマイナスにならんかったですよ。整形外科からリハビリ行って、なんか異様に思ってる人もあったけどね。もう整形外科辞めるんちがうかってね。僕はそんなこといっことも思っていないわけですよ、自分ではね。整形外科は何でもやらんといかんねんっていうのが信念やから。自分がやっぱりメス持って手術してこそまた別の意味でのリハビリテーションのね、体系も作れるやないですか。だから、僕、リウマチなんかも自分がみな、リハやりながら手術場使わしてもらった。それは教授会でだいぶ説得しましたよ、やっぱり。ただ単なるリハっていうのは、患者さん悪くなったから、ね～、その後、コメディカルに頼って内々でそれで終わるんと違う、やっぱり中を知るには。そういう目で見てる時ね、またもう1人ね、リハ、今度自分が抜けるでしょ。さあ、どうなるかって見てたんですよ。たまたま今の来てくれた田島君がね、同じ考えをね、九州で持っとったんですよ。九大の小畑っていう彼にとったら教授ね、わりに小畑先生も整形外科上がりなんで、手術もさしてたんやね、メス持たせて。で、他はみんな全くそうじゃなくってね、リハビリテーションに対するそういう感覚が無かったんやね。そやけど彼はあったんで、来たらええな～って思ってたら、偶然にも来てくれてね（笑）。今は良くなってますよ～。もう、恵まれてるんですよ、みな。

#### （4）患者さんにどう向き合うのか

小高：先生の患者さんに対する向き合い方を教えていただけますか？

上好：まあ、それは非常に単純なことやけどね。やっぱり相手の立場になるっていうのかな、その人の気持ちにいかになれるかっていうのでね。僕は今、吉田君にもおうた時に言うんやけど、若い人はね、専門化しすぎるんやね。肩専門や腰専門や膝専門や、あるいは内視鏡や侵襲少ないから、まあ切ったらいいんやって、それはダメやって言うんですね。やっぱり病気っていうのは全身を必ず見とかなないとね、どこかに隠れてる病気がたまたまそういう表現になってくるだけで、それには患者さんとのコミュニケーションですね、要するに。色んな情報をね、聞く、その情報を自分が取るには自分だけでは患者さん言いにくいやろから、看護師さんなんですよ。看護師と話を、だからいつも僕の横に居てくれて手伝ってもらった。「色んな情報を聞いてくれ」と。だから、診察終わったら、「出て行ったらどうやった？」とかね。やっぱり不満持ってる人ありますよ。忙しそうにしてってね。直接、僕には言えなくっても看護師さんには言える。そうするとその時に、次にそういうことはちゃんとして、やっぱりよく知ってるということやね。僕自身もこれ喉ね、実は5年前に病気になったんですよ。その時に、自分では分かってたんです。分かってたんじゃないんや、何か痛いからね、

小高：痛かったのですか？

上好：骨刺さってるような感じで。そいでね、自分が行って診てもうても、内視鏡で見ても大丈夫やって言っとたんですよ。自分ではどうもおかしいっていう気があったんで、まあ、あっち



こっち替わってね、行って、どこの耳鼻科行っても大丈夫やと言うんですよ。そやけど、1回ね、これは人を代えて、全然関係の無いとこっていうんでね、食道を診る人ね、行ったんですよ。ほんで「どないした？」って言うから、「時々、痛むんや」と。そしたら最初診て、「なんともない」って言うたんですけど、もう1回診直すって診たら、「なんかちょっと色変わったところある」って。「それ、カメラ撮ってほしい」って言うて撮ってもうて、すぐ大学へ走ってね、耳鼻科の先生に相談したらね、「いや、先生、ウイルス感染ちゃうか」って。いや〜、ウイルス感染でそんな、ちょっと半年近くね、痛いっておかしいって自分は思ったんでね、「何でもいからね、組織取ってくれ」って急に無理言うて。そしたらそれが初期でね、見つかったんで助かった。だからね、医者にな、僕はいつも言うん。「相手のね、ほんまに声を聞かな、画像だけ見たらいかん」って。今、どうしてもレントゲンやMRIやCTやって走るでしよ。

小高：精度が上がっているだけにそこに信用を置いてしまうということでしょうか？

上好：それも良いんやけど、形を必ず表現してないんでね。だから、まあ、全身診るようにね。整形外科でも初めからまあね、全身をある程度診るようになって、そして専門化してくれるようになったらね、良いんやけど、あんまりね〜、入局してすぐにね〜、専門化しすぎるとね、もうやっぱりいろんなことが出てくる。高度になればなるほど、僕は心配してるの、それね。専門分野が多すぎて。内科で俺が肝臓診るけど心臓診ないとかね。

小高：スペシャリストになりすぎるということですね？

上好：そうそうそう。他を見せてなかったら、ね、そういう悪いところとか患者さんの思いと必ずしも一致することはないからね〜。そやから「そういう教育が大学では必要ちがうか〜」って。「大学でそういう人を育ててよ〜」って、おうたらたまに、こうやってね、会とかでたまに会ったらね、話をしてね、まあ、自分のその経験がね、非常に活きたなっていう。これ、もうちょっと遅かったら、やっぱり重症ってね。

小高：分からなかったのですね。

上好：そうそう。診ててね。だから、見てるんか見てないんか分からんのでね。まあ、覗いてるんやけど見えないんやろね。だけど、なんか骨刺さるような、僕自身はね、言うのをもうちょっとちゃんと診たら、あったと思うんやね。そやけど、それはまあ、必ずしもそれで悪いとは言えないんでね、まあ、早く見つけた自分がたまたまそういう気があるもんやから、そういう目で見た。

### 3. チーム医療の基本

上好先生はさまざまな恩師との出会いの中でチーム医療の必要性を認識し、臨床経験を進んで求めて実践した。その中で先生が励行してきたことは、相手の立場に配慮したコミュニケーションと機会を積極的に捉える努力であった。

#### (1) コミュニケーションの重要性

小高：医師として一番大切なことというのは？

上好：そら、相手の立場でやっていくということです。手術法にしても治療法にしても、やっぱり

相手を考えてやらないと、医学的に正しいからって、それが必ずしも正しくないやつあるでしょ。だから、まあ、多くはそういうガンなんかでもそうですね、1つの例言うたらガンなんかでも、医療としてはこうやった方がええと。しかしこれは押し付けたら絶対にアカンね。やっぱりその人の意思ね、あの～、何がなんでも助けてほしいという人もいるやろし、また逆にそんな苦勞、苦痛しても生きたないと、それをすぐ認めるわけじゃないですよ。やっぱり、医学的にできることは一応患者さんにこうしたらこう、確かに途中経過でね、やっぱり痛みだったり再手術したりすることもあるかもわからんし、ってことはやっぱり話しかけんとね、もう一方的に、するかしないかだけでやってる、あれは良くないね。

上好：相手のね～、意見をよく聞くっていうのが、これ、僕、どんな時でもそうかな～って。僕もどっちかって言うたらせっかちな方なんで、若い時はね（笑）。看護師さんが横に居てて、やっぱりこっちが一生懸命になったらね、やっぱり看護師も一生懸命になってくれますよ。これはもう、人間共通やね。だから、自分の仲間に嫌われるようでは自分にどっか欠点があるって、それは僕、自分でも特別意識せんかったけども、まあ早くからそういう気があって、外来終わったらね、時間のある子だったら、そういう話をしてね、看護師さんに。やっぱりやってたら、色んな情報をね、看護師さんがみな。リウマチの患者なんかそうでしょ、あっち痛い、こっち痛いだって、1人で40分も1時間もかけて診られへんじゃないですか。大きい悪いとこだけこっちがあれして、どうしても。そうしたらその人は不満を持つでしょ。もつと話聞いてほしい、そこを看護師さんがフォローしてくれる。そうすると信頼が上がるから、まあ、こちらの言うこともね、患者さん守ってくれるでしょ、逆にね。それがお互い良い面であって、患者さんにとってもプラスになるし、こちらもプラスになっていって、中途半端に見落したりね、なんかってこともない。学会でって時も、やっぱりあ～ゆう人も時々ね、まあ薬の影響とかね、あんなんでね、色んな副作用的なことが出てくるやないですか。血液検査に来た時は非常に良いんやけど、帰った後なんかおかしい。看護師さんがちゃんと聞いてくれるようになってるんでね、すぐ僕とこへ連絡来るでしょ。ほんですぐ、「こうこうしてほしい」って言う。そしたら患者さんも安心してくれるじゃないですか。痛かってね～、連絡つきませんってようやってるやないですか（笑）。それではいかなのでね。時間かかって連絡取ってやるっていうたら安心してくれるやないですか。それも1つね、重症度をね、悪くせんように。いよいよおかしかったら「誰かに診てもうてくれ」って言うんやけど、やっぱり人に言ってもね、患者さんはやっぱり主治医を頼って来る。

小高：そうです、そういうものですね。

上好：そうですね。だから、そのへんをね、やっぱり、良いようにって心がけっていうのかな、と思うんですよ、僕は。そういうことをなんやかんやたいしたことやらずにやってきたんでね。

小高：いえいえ、心強いことです。

上好：まあ、それなりにある程度、教室の先輩とかなにも、ある程度ウケたんでしょ。ウケたかどうか知らんですよ（笑）。皆、亡くなられていくからね～。

小高：先生のそういうお考えっていうのを、後輩の先生方によくお話をされているのですか？

上好：それはしょうちゅうやってますよ。だからもう、よくね、若い人は急ぐんですよ。まあ、整形でもそうですね、「自分が一人前に早くなりたい」と。「そんなこと言わずに、もうちょっと色んなもん見た方がいい」ってね。「いや～、自分は肩だけやから、そんなもん腰なんか

診ても仕方ない」って言うけど、「それは違う」って。やっぱりそれは中には居ますね。なんせ早く一人前になって、一人前になったら開業するってね。「いや、独立するにはかなり勇気要るで」って言うんやけど、僕。だから、もう少し、10年15年はね、色んなところでやって。

小高：大学病院でこそ見る珍しい症例であつたりとか、できる研究ってあるのでしょうか。

上好：うん。

小高：個人病院ではできなくても。

上好：でね、個人もええんです、主張せんと和歌山の医療なさんのですよ。だから、色んな関連病院っていう形で県の方からね、依頼してきてね、あの～、まあ、特殊なとこだったら教授の意向によっては、皆、出張してるやないですか、昼から半日行ったり。それはね、僕、決して無駄ではないと思うんで、ほんたらまた違うもん見れるんですよ。大学やったらやっぱり偏ってますよ。

## (2) 機会を積極的に捉える努力

小高：先生のお話をお伺いしていると、お若い頃から色んな方々のお話を聞くお耳をお持ちで、そして努力家でいらっしゃいますね。

上好：まあ、努力はね～、嫌いでないんでね～。

小高：で、お優しいお人柄が、

上好：いやいや、学生時代は悪かったですよ～、ハハハ（笑）。そんなに良い学生ではなかった（笑）。あの頃、初めて和歌山来た時ね、焼野原ばっかりやったでしょ、この辺り。今の和歌山駅のところから。

小高：先生は初めて和歌山に来られたのは何年ですか？

上好：33年なんです、昭和。だから、終戦後ですね、ちょうど。で、まだこの辺もほとんど焼野原で、

小高：公園前にあった時の和医大は野戦病院的な側面があったということですが、

上好：そうそう。その病院ももっと前に学校がね、和歌山駅の、東和歌山って言うた時代、昔のね、闇市の中にあったんですよ。

小高：学校が？

上好：学校が。女学校、なんかね、和歌山では有名な女学校やったですよ。名前はどうも覚えてないですけどね。そこで進学課程って基礎教育あるでしょ。で、解剖そこであるん。解剖やってるけどね、雨漏ってくる、木造やから。ちょっと雨が強い日は。裏がニワトリ屋さん、かし屋さんなん。ぶら下げてるんですよ、ハハ（笑）。まあ、ひどい大学やな～って、ハハ（笑）。「医学部はそんなもんちゃう～」って。嶋先生がね、そこは偉いと思ったのは、医学部の中ではそういうこと大事やから、他の学部に比べてお金が要ると、教育にね。実習すんのにでも。そういうなんで、ちょっと学生時代は時間がだいぶルーズになってね、雨漏るので傘差しながら講義受けるとかね、ハハ（笑）。「そんなんやったら休め～」みたいなね（笑）。そやから、まあ、決してそんなに良いことはない。そやけど考えは元々から目標はあったからね、自分で。だから色んな機会をやっぱり自分で作っていく、活かすのがそれが大事なかと。

小高：そこで新たな出会いが、

上好：そうそう。

小高：自分の知識が豊かになっていくということですね？

上好：そうそう。自分のものをやっぱり少しでもね、小さくても自分のものを作るものを持つようにしていったら、大きなことでできなくっても、まあ、いろんな面で役立ってくるやろうと。臨床家で大学辞めるまで一応勤めたんで、まあまあ、そんなに患者さんに迷惑かけたり問題起こしたことは無いですね、わりに（笑）。良く言うてくれた、それが看護師さんに伝わるんでしょうね。だから、看護師さんも非常に協力的になってくれた。中央検査室のね、技師さんでもね、ちょっと色んな検査したりするでしょ。特殊な、整形外科ではないような。皆、協力してくれてね、喜んでくれて、「自分らもこのデータ使える」って言うてくれて使ってくれて。今でいう骨のね、代謝を見るオステオカルシンってタンパク質ってあるんですよ。そんなんを中の技師がね、測ってくれてるんですよ。それでまた助かってるんですね、自分は。患者さんからもらった血液を、それで作ったりなんかして。だからわりにそういう人との協力、コメディカルの人と上手くやったのが自分の武器になったね。

小高：先生が整形外科学教室に入られた頃って、教授と医局員との距離っていかがでしたか？

上好：そりゃもう、昔はだいぶ距離ありましたね、うん。

小高：気軽に話かけるようなことは無かったわけですか？

上好：まあ、普通ね、僕はそうでもないけど、大体どこともそうやったですね。整形外科も、嶋先生の前の中川って奈良へ行った、僕が最後の学生で講義受けた先生も医局員には厳しかったね。

小高：先生は教授になられた時に、後輩のスタッフとの接し方、距離感はどうにお考えでいらっしゃったのですか？

上好：いや、僕はそれを作てはいけないっていう気が一番。だから、周りの看護師さんとかもみんなそうなんですね。協力者と思わんとできないし、そういう接し方したらいいんですよ。「ご苦労さん」のひとつでもね、終わったら言うてあげれば、やっぱり忙してもね。

### （3）吉田先生についての印象

小高：先生はお若い頃の吉田先生をどのようなだったと思われているのですか？

上好：やりやすかったですよ、同じ医局員で、あれ、3人ほど居りましたけどね。あの～、まあ、脊椎に入って来ても、それだけではない、自分らの手術に付きに来たり、彼は暇があったら付いて来ましたわね。なんかそこらがね、同じ若い人でも将来目標有るかどうか分からんけど、広く色んな事をできる機会があればやりたいっていうあれがあったんじゃないですか。というのはね、僕自身もそうやったんですけど、あの頃インターンってあったんですよ。あの頃は全科回るでしょ。だから、それが好きでね、耳鼻科とか切開とかね、あんな手伝わせてもうたり。で、整形外科の医局へ行行ってね、あの頃はまだ結婚してなかったんで独りもんやったんで、ずーっと泊まってたんです。そしたらね、あ～ゆうおばさんなんかね、僕が泊まってるの知ってたらね、シーツ換えてくれるんですよ、当直室の。というのは、なんで分かるかって言うたら、結局、救急のところでね、言うたって、外科とかね、婦

人科もそうです、お願いしたって、なんか急に來たら必ず呼んでほしいと、見させてほしいって頼んでた。ほんだら見てる間に「手伝え」ってなってくる。そういうチャンスがあるでしょ。それは非常にやっぱり大事な、自分では良かったなっていうね。というのは、ある娘さんでね、お腹痛いって來たんでね、で、まあ僕はもう大体、半年でね、女の人で若い子がお腹痛いって言いだしたんで、そういう「妊娠したようなことはないやろな？」ってお母さんやね、に聞いたら、「うちの娘はそんなこと絶対に無い」って。そやけどおかしいなと。もう、看護師さん2人とね、内科の先生と僕だけでしょ。そやけど、あんまり痛がるからね、もうどうかせんといかんと。もしアカンかったら、とにかく近くの総合病院に連絡だけ付けたくて、「なんかあったら手伝いに來て」ってことやったんですね。実は子宮外妊娠やったんですよ。それもね、開けてすぐ気付いたんですよ。腹膜の色がちごてね。あー、本人の言うこととちごて、失敗したな〜と思たけどね、もう失敗で済めへんですよ。助けなんでしょう。とりあえずやることは分かってたんでね。もう手を突っ込んで血を止めることが第一やからね。大体のどこ決まってるんで、そこをグッと指で、そしたら血がスッと引いて止まってくれたんで、シメたと思って、ほいですぐ吸引して出して、ほいでそこして、それで近くの総合病院から応援に婦人科の先生に來てもうて。それもね、できたんは、やっぱり本ではできないですよ。大学で婦人科の先生に付いて、「こういう子宮外妊娠の時はこんなに出血する、こういうところから血管破れてくるから、まず血を止め」ということをやっぱり横に付いて見るからですよ。ほんとに、そんな自分1人でやった事なかったでしょ。それでも、それはできるんやね〜、やったら。今では考えられない時代ですわね〜、あの頃。だから、色んな、自分がそうやったから、彼も整形の手術らでも普通やったらね〜、自分の手術やなかったらね、上がって來ないですよ、手術場へ上がって來ないですよ。下手したら、着替えて椅子に座ってるでしょ。まあ、吉田君は入って來ましたよね、よう。だから、僕ら関節やってても、見に來たりしてましたよね。だからそういう心がけが少し違うんかなって。あーゆう大成していく人間っていうんかな。自分のことだけしかできないっていうんじやなしに、色んなものを見てるっていうね。それから考え方としては僕、そういう保存的な治療ちゅうんは、手術する人はよく理解するということも大事ちがうかということは、また彼がリハに居てる時に話したりして、「おお、そうや」っていうことはよく言っていましたね。なんか一般には装具療法って言うたらね、まあ、おば捨てみたいな感じでね、もう何も手段無いからね、やってもらうんちがうかって、やられるんやって印象が強かったんです、あの頃まだ。もう手付けられへんから、装具でも作れっていう。いや、そうではない、初めから目標を持ってっていうようなことをね、だから僕はリハの外来やってる時でも彼は居てたりね、やっぱりそういうことを経験してくれたんちがうかなって。それでこそ手術の成績もよ〜なってくれたんちがうかなという気はね、僕は彼には言うてないけど、あーゆう前向きなところがどっかでやっぱり生きてるんやろね。だから、若い人とか、周りになかなか上手いわね。上手に説得したり、話上手やわね。口ではね〜、今でこそだいぶこうなったけど、教授になった頃はね〜、あんまり上手にもの言わなかったですよ。だけど、中身が良いからね。そのうちにやっぱり良くなってきたり。これやったらもう、彼は院長になるかなと思ってたら、ちゃんと病院長になって。皆、惹きつけてまとめる能力持ってますね〜。

小高：個人的に吉田先生とのエピソードって何かございますか？プライベートなことでも結構です。

上好：まあ、僕個人も彼が（教授に）なってくれて良かったと思ってるからね、やっぱり、うん。今までの、中川先生から始まって昔の整形外科から今は立派な整形外科になってるけど、昔は小さいとこで優れたとこもあったんやけど、全体的に整形が今そんなに、あの～、ね、今はやっぱり和歌山の整形外科っていうたら、名前が出るようになったからね、うん。それは彼らの努力もあると思うね。

小高：ご立派な先生方を育ててになっていらっしゃるということですが、

上好：だから、そういう意味で下を上手く育てるっていうのは難しい。それが彼の能力やろうと僕は、逆にね。やっぱり皆、若い人でも皆ね、批判的な人もたくさんいるやないですか。それでもやっぱりやっていこうっていう、そういうのは彼が何か持つとるんですね。

小高：そういう、人をまとめて引っ張っていくようなところは、お若い頃からお持ちでしたか？

上好：僕とはちょっと年が離れてるもんやから、まあ、手術場とか病棟の回診なんかね、そういう時でも、彼は必ず居てましたね。でね～、他の前後の人よりも。自分関係ない手術とかは来ない人が多かったね。教授が回診したとかね。そやけど、やっぱり吉田君は居てたわね。僕らも目が付くもんやから、何か相談あったら彼に頼むしね。その点がやっぱり、今の若い人を惹きつけてる何かあるんやろね、うん。まあ、相手のことを分かっているんやろなっていう気がしますけどね。一方的にやってたら絶対にできないし、一人一人の顔色見てたら、またこれはいかん、上司としてね。それはもう教授というのはね、まあ言うたら孤独なんですよ。やっぱりね、みんなからは煙たい存在にならざるを得ないんですね。別に意識してなかったも、やっぱりあの～、決定せなアカンからね。

小高：先生も孤独でしたか？

上好：いや、僕は幸いあんまりそういうのは、スタッフも少なかったから。まだできたででしょ。

小高：でも、重責ですよ。これからリハビリ科が生まれて一から始まっていくわけですから。

上好：そうそうそう。今の理学療法ね、コメディカルいるでしょ。あんな人もみんな付いてきてくれて、あの、最初からカンファレンスも出てくれるし、色んな話をね、聞いてくれたりした。それがやっぱり自分でも気安くやってたんかなって気がしますけどね。そこへわりに勝手なことと言って、勝手なことやってたからね、ウハハ（笑）、大学で。そりゃあ、きついこと言うたなと思ったことありましたよ、教授会でね。「残飯処理じゃないんやから」って。リハビリテーションとしては、最初から関わるっていうものであり、後始末をね、あの頃は事故多かったでしょ。ムチ打ちとかね、あ～ゆう障害になってきたら、皆、手焼くでしょ。こっちへ回してくるんやね。やっぱり「最初から関わらせてくれ」というようなことを教授会でちょっとね。「いいわ～」って言う人もあれば、「生意気なこと言うな」って言う教授もいたんやと思いますけど、そら（笑）。

#### 4. 地方の大学病院の役割

地方の大学病院は、一般病院と連携して地元のニーズに合った医療を提供するとともに、先端的な研究や人材育成を行って医療水準の向上に貢献することを求められている。上好先生ご自身の経験を踏まえ、和医大とその医師に対する期待などを語っていただいた。

## (1) 和医大と医師たちに期待すること

小高：先生がいらした時の整形外科教室の雰囲気はどのような感じでしたか？

上好：いや、もう、今とは全くちがってね、少ないでしょ、とにかくあの頃。僕らの時って整形外科っていうの、上なんかでも毎晩ね、夜でもね、行くところないから皆ね、医局へ集まってきましたよ。病院は無いし、で、夜中もそういう時代やったからね、どっちかていうと夕方からみんな集まって話す。僕らもその耳学問は生きてますわね。「先生、実は今日はこんな患者来たよ。診断書書いてって言われたから書いたけど、こんなんでいいか？」って必ず見せて。今は相談しないでしょ。自分が責任者みたいな診断書書いて。それをまあ、僕らは逆に、あ〜ゆう保険の診査だったり「なんや？この病名」って。なんでかって言う先輩と相談せえへん。その相談せえへんとなった理由というのが、あんまりこう、皆で集まらんようになったんやね。それは良い意味かどうか分かんですよ。やっぱりマイホームになってんのとちがうかな（笑）、僕から見たらね。だから、それを言うと、若い人にはあんまり良くないと思って黙ってるけどね。実際は、昔やったらもうね、やっぱり雑談して集まってなんかやってる機会が多かったもんね。今はまあ、病院も忙しいんで、皆、出歩くからね、なかなか集まりにくいっていうかね。そんなになってますけどね。

小高：先生が考える和医大のあり方とはどのようなものでしょうか？期待も込めて、今後どのような病院であってほしいと思われていますか？

上好：まず、地方の病院やから、まず医療のね、責任者になる病院であってほしいけどね。それと同時に研究もせんならん。そやけどあんまり研究、研究いうてね、患者とは関係ないという感じもあるんですよ、そら、相手にしてもなんでもそう。非常に大事なことやけど、今現実にはね、やっぱり患者の最終かかるところって言うたら、和歌山県っていうのはどうしても端になるんで、奈良とか三重とよう似た話でね。だから、大学でやっぱりどの治療でもある程度は、まあ最先端はいかんでもある程度は最高レベルのところやね、治療受けられるような病院に各科がしていかにいかんっていう。それと同時に宿命やから色んな研究ね、していっただらいいかなって。でも、研究もだいたい変わりましたわね。僕らの頃と違って。もう、あ〜ゆうどんどん色んな、まあ、コンピューターが進んだことですね、一つは。

小高：そうですね、情報が瞬時に共有できるようになりましたものね。

上好：そうそう。もう、コンピューターが進んだんでね、検査の機械なんかそうですよ。僕ら昔こうで（笑）、統計取るのね、昔はこんなだったでしょ。今はもうポンと（笑）。統計も取りやすくなってる。あ〜ゆうものが進んだから。まあ、医療の形態も当然変わるわね。この頃はあ〜ゆうロボット使ったりね。そういう機械が進化してるから。だから、何をしたらええかはその流れの中でテーマを見つける、そういうのを主任教授が見つけて、できるだけね、あの〜、まあ、一つの形ができないですよ、タイアップしたらええ、色んな科とね。

小高：先生から見て、特に頑張っている科って和医大の中ではどちらですか？

上好：今ね、これはまあ、やっぱりリハ科が非常に頑張ってるね。これはもうほんとに外へ出しても恥ずかしくない。リハビリテーション科ですね。整形も今は全国版になってくれてね。まあ、すべての科目ではないけども、まあ、脊椎でもね、頑張って、それによって他の部門でも同じように追随するやろうし。

小高：和医大の誇れる点はどこでしょうか？

上好：誇れるところ？まあ、比較的、患者には親切にやってるんちがうんですかね～。まあ、できるできんよりも、まあ、その～、他の大学病院に比べたら患者に対してはある程度は親切であるやろうなっていう気はしますよ、うん。

小高：他の科との連携はどのようなものなのですか？

上好：連携は良い。やっぱり小さい大学だけに連携が取れてる方とちがうかなと思いますね。まあ、僕、あんまり他所は知らないんで、あの～、でも、比較的、連携は取れてる方とちがうかなと思いますけどね～。

小高：同門会ってありますよね？たくさんいらっしゃいますよね？200 ぐらいですか？

上好：整形外科はね。

小高：同門会の雰囲気ってどんな感じなのですか？

上好：うん、大学に対してね、あまり同門が協力せんていう時期がありましたけど。それは事実あったんですよ。

小高：それは何故ですか？

上好：いや、やっぱり、教授の考え方に対して、ちょっと抵抗する。もうちょっと自分らのことも考えてくれっていう。

小高：結構、色んな病院に派遣されてますよね？先生方を。

上好：そうそうそう。いや、僕はね、一番その～、嶋先生って独特やったからね、いい人にはものすごく受けるんです、同門には。だけど中にはね、逆にいろいろ思う人も。「勉強せんような者は大学に近づく必要ない」とかね、言うでしょ。そうすると、それをイヤで辞めて行った連中がいて。その間で僕、苦勞しましたよ、何言うたってあの～、ね、一番若かった頃やから「いや、そんなことないよ～。ただ教授はね、勉強するなって言うはずないよ～、勉強せいって言うのは当たり前やからね」って。先輩でもね～、それは確かにあったね。まあ、最近は比較的そういうことも、まあ、吉田君はそういうことが大変上手なんでね。あんまり同門の受けも悪くないわね、うん。

小高：今は脊椎内視鏡の手術が非常に有名で、日本でもトップを走っていらっしゃるということですけれども、その手術に関して先生はどのように思われているのですか？

上好：彼ら自身がそういうことをよく分かって使われるのは非常に良いと思うんやね。だから、まあ、とにかく侵襲、それこそね、背中を切って骨切って椎間板取ったりとかせずに、あんだけのことができる、それは良いんやけどね、若い人がね、ただそれだけに走ったらね、手先だけに走ると周りが見えんところが落とし穴。それはね、我らぐらいになれば、そういうことも分かって、僕、吉田君にはよう言うてたけどね、広く見えんとそこだけに走ってはアカンと。そういう経験は僕は外に出たら、患者さん来るでしょ。全然違う病気を持ってたとかガンなんかを持ってね、画像見ただけやったら、大きく見えたらそこへ若い人は走ってしまうから。それと1人で手術できるから、だからチームワーク組まんでもできるから、走りすぎる。そこに落とし穴が、手術場にはないのかな～という気がする。診断が正しかったらこれほど良いことは無い。だから、それをちゃんとやってたらいいいけど。

上好：みんな諦めたようなね、どこでも施設に入ってしまうって感じのね。だから、教科書にあるようなやつもたまにあるんですね。それは大学に必ずしも来ないですよ。だから、色んなと



こに出会いするというのが、そういう機会が増えるんちがうかな。だから、「出張を嫌がったらいかなで」と。「忙しい、しんどいって言うけどね、それは自分のためやから」っていうのは、僕自身は思いますね。また違う人を診れるから、うん。それがあれですね、あの～、大学の責任者になった時は、頭痛いですよね。良い医者を育てたろうと思えば思うほど、まあ、本人の意向と違う。出張っていう問題が起こるでしょ。同じ同級生ね、あと2人いてたんですよ。外へ出るのイヤやってばっかり言っていましたもんね。そやけど、結局長続きせんと、はや～辞めてしもて。まあ、ある程度やむを得んって、自分で理解して行かんと。教室もね、やっていかんといかんので。

## (2) 広い視野を持って新たな道を拓く

上 好：一時ね、なんていうか、論文なんかね、僕、わりに整形外科だけやなしに内科系とかね、そういうんも好きやったですよ。骨代謝やってたから。骨粗鬆症、今でこそね、もうみんなね、骨粗鬆症って誰も言えへんけど、あの頃はまだ骨粗鬆症ってあんまり分からなかったんですよ。で、たまたまうちのね、あの頃は4内っていうのがあってね、代謝内科って、藤田っていうね、日本で有名なカルシウムの教授、神戸の教授あるんですよ。その人が東大からやって来た時にね、「整形外科みたいなんね、骨の代謝らいっこも分かってない。カルシウムのことら分かってへん」って言われてね。「いや～、そんなことはありませんよ」って、まあ、揉めてね(笑)、色々。まあ、向こうも分かって、で、一緒に研究しようやないかっていうようなことをね、話し合っ。だから、絶対そういうことを勉強しなかつたらもの言えないからって、一時はホルモンの勉強ばかり、もう本読んだらそればかり。整形外科の本なんかほんまに読まんようになってましたよ。もう、自分で何もかもする必要ないっていう気があったからね。そやけど、病気自身は自分が一生付いて回ってくるから、自分の苦手なものをもっと知っとかんとアカンっていう。それはね、僕、非常にプラスになったと思います。だから、彼もビックリしてたと思います。僕が最初、色んな研究のデータ集めてたりね、女性ホルモンPTSですね、あ～ゆうホルモンのデータ取ったりね、カルシウムのデータ取ったり。それを取るには看護師さんの助け無しにはできへんですよ。カルテ出さんなんですよ。出すのは出してくれるでしょ。「今日の患者さんの、ちょっと悪いけど」っていうたら手伝ってくれるんですよ。あれがものすごい自分では有難かったね。ほんで晩にそのデータを取り入れといて、朝またちゃんとまた元のところ戻して。2年か3年、ものすごい助かりましたよ。教授選の時でもね。やっぱり論文の問題のこととかね、何をやってるかっていうようなことを自分のものを持ってるっていうのが大事でしょ。で、まあ、学会でもそうだったですよ。ね。「カルシウムを飲んだら、これが治るよ」っていうことを学会で平気でやってたんですよ。僕、骨粗鬆症の学会でね、ちょっと手を挙げてね、「それはないだろう」と。「カルシウムですぐに骨ができるっていうんやないんや」と。「代謝やからね、そんなんあるはずないでしょう」と。飲むことは大事やし取ることは大事。だけど、あの人らが言う骨折がね、予防するにはどうしたらいいんかっていうのは、「もっと先にせんなんことがあります」ってそれを学会で言うたもんやからね、ものすごい反発されてね。ところがね、たまたまマスコミが聞きつけてね、僕のを。ほんで来とったんですよ。そやけど、まあ、骨粗鬆症やってる人は「そこは基本的なとこやな」って。僕はリュックサックによう放り込んでね、コルセットの

代わりにね、リュックを用いて運動を兼ねてね、躓かんようにできると、というようなことを報告したんですね。あれから1年ぐらいそればかりしたですよ。えらいウケてね、マスコミにウケたんですよ（笑）。逆に市町村の保健師とかからも全国でね、講演に来てくれ〜とかね。ようテレビも出ましたよ、あの頃はね。まだ若かったしね、元気良かったから。わりに骨粗鬆症がテーマになっててね、今でこそ落ち着いてるけど、最初はそんなでしたよ。あの勉強がなんでよ〜なってきたかって言うたら、やっぱり自分も整形外科で骨をもっと知らんといかんというのが、その、藤田先生がバツて言うた、「整形外科のやつは骨知らん」って。そのことに対する反骨精神やね。いや、そんなことないと。学問やからやればできるんやっていうのがあったからね。そのへんはちょっとね、整形外科のあ〜ゆうことは仕事は疎かなん。だけどそれは整形外科の仕事なん。だから、まあ、面白いですよ。人からバツと言われたことをそれをヒントにね〜。リウマチ友の会でもそう。わざわざ行って、やっぱりあの人らの話を聞くんやね。質問受けるでしょ。我々が気付かんことバツと言うてくれますよ。それが良いヒントになって、そこからしたらいいんで。あの〜、コルセットなんかでも作る時に、やっぱりそういうことはね、生きたコルセット作らんとアカンって。男性でもコルセットってあるでしょ、布の。あれは一時的なものでしょ。あんなもんばかり巻いてるとね、内臓傷つけるし筋肉痩せるしね。っていうのをね、あれはまだ整形外科入ってしばらくしてから嶋さんから言われて、気付いてたんでね。動物実験でやったんですよ、犬で。犬にコルセット作ってね、縛って。そしたら医局の世話してたお婆さんがね、「そんな、犬をいじめて、可哀想に」って。「いや、こんなことでこれやるんやから」って。そしたら餌やってくれてね、協力者になってね（笑）。それでずっとやってて。まあ、そんなんで、貧血起こったり内臓に良くないからってことでね、それがまあ一つ、最初、学会での反発だったけどね。それ言うた時、学会でだいぶ反発来ましたがね。ほとんどの人は腰痛いって言うたら、

小高：決まったコルセットを巻けばいいという感じだったのですね？

上好：業者任せでしょ。嶋先生は偉かったと思って。「そういう業者はね、出入り禁止」って言うたからね。「作りなさい、自分でね」って。企業ってワンセットで作るでしょ。「ほんなもん絶対に型取ってね、その人の体におうたもん作ってこい」って。僕、やっぱり良い勉強になって、ずーっとその後も続けて。そうするとヒントがあったら、またそれを利用して改造していけるじゃないですか。股関節の装具っていうのは、わりにね、子供の時にね、脱臼の子が多いんですよ、外人と比べたらね。骨盤の発育悪いですね。あれをほったらかしにされると、成長するにつれて軟骨がやられるわけやから、痛みだったりね、

小高：歪みだったり？

上好：うん。変形性に。それをなんとかせんとアカンってということで、装具療法もね、考案する時に、だ〜れもやってなかったですよ。皆、手術しかせえへんでしょ。ほいでだいぶ2年ぐらい学会なんかで、ハハハハハ（笑）。あの頃はね、勢い強かったからね。やっぱり患者さん、最後の手段は手術せなアカンけどね、そやけど必ずしも手術しなくてもいけるのはできるだけ努力して、自分の骨で戻さんと人工関節になってしまったら折れたらもうまたやり直しと。そうしたら何にもならん。まあ、そういうのを作ったりしてやった時にやっぱりそれはあの〜、メイヨークリニックかな、あっこの骨粗鬆症の品木っていう女の教授がいて、それが注目してくれてね、「いっぺんいらっしやい」ってということで、それで向こうへ行ったら、そう

いう話さしてもうて。そやけど、今でも僕自身は使ってますよ。で、そんな患者さんいっぱいいますよ。それだけで70にも80にもなっても手術せずに歩ける人ね。そんなに痛みも、たまには覚えるけど、そんな言うほどない。今の若い人はあんな嫌うんですね。装具はね。地味でしょ。なんにも目立てへんからね。医療っていうのはその人を楽にするかどうかで評価したらええのに。モノでしか、物的なね。あれもちょっとね、僕にしたら不満なところあるんでね。もう、一時はね、やっぱりそういう風に言う人がたくさん居てたけど、もう今は全然知らんからね。ほいて、日本のものはね、若い人にはウケへんわけ。外国の文献がちょっと出て来るようなもんは飛びつくんですよ。あれはインターネットがあるから悪いんです。過去の日本のデータはほとんど出へんでしょ。あの頃、今みたいでなかった。今の新しいやつは猫も杓子もや、文献検索したら。大きい引っ掛りかなと思う。そう心では思ってるのやけどね。

小高：国によって人の体って違いますよね？日本人には海外の文献だけでは、

上好：そう、いや～、僕は良くないと思うけど、なんか、外国のやつを自分が言うたら良っていう意識があってね、

小高：そういうトレンドになってしまっているということですか？

上好：なんせ外人の名前出して。内容は関係なしで。それは今でもあるんちがいますかね。なんか、日本人の言うてること、もう過去に言うたことは無視してね。だから、昔のなんていうのかな、学会誌でもなんでもね、みんな載せるようにしたらいいんやけどね、載せないでしょ。今のもんでなかったらアカンって、載ってけ～へんのやね。そやけど、過去に良いものもあるんですよね。そこから新しい進歩がある。特に医学なんてね。それは学会でも、まあ、自分がよう行ってる頃には言ったりね、してましたけどね。だから、色んな、まあ、骨代謝もそうやし、そういう炎症学会も入ったりね～、一緒に勉強したり。それはリウマチにも繋がっていくね、リウマチ行ったらどうしても内科系と整形と分かれる。だから、最初の頃はやっぱり整形の方が優位やったですね。ところが今は薬剤の開発でね、少し様相が変わったんでね、この頃はもう内科系の方が薬が得意やからね。生物学の学生から見たら表向きは良くなるんで、確かに過去よりは目立って悪くはなってないです。しかし、あれも治ったという保証は何も無いからね。ある時、突然効かんようになったりね。

小高：薬ですものね。

上好：そう。それとやはり高額の治療でね、すべての人があれを使えるわけでもない。だから、東京のような若い働き手の多い方はやっぱり自分は能力があるから、いくらでも使うよね、お金要っても。そやけど、地方へ来ると皆ね～、自分働かず主婦でやってるから、やっぱり家族に迷惑かけるから高いのはちょっとね～ってなるでしょ。そういう格差がやっぱりこの中にはあるんでね。だから、まあ、色んな、リウマチの場合は機能障害があるでしょ。機能障害を起こさんように、もちろんリハビリテーションね、最初から関わっていく。これも学会でだいたい言うたけど、やっぱり聞く人が少ない。脳卒中にみな集まる。だから、それは今はだいたい変わってるけど、その頃はそうやったね。僕は、なんせ変わった事ばかりやってるん、ウハハハハ（笑）。

### おわりに ～ 調査結果にみるチーム医療における「コミュニケーション」の重要性 ～

我々は、経営学の古典である「経営者の役割」<sup>(1)</sup>を著した実務家のC.I. バーナードの組織概念と組織内のプロセスに焦点を当てた伊丹敬之の「場のマネジメント論」<sup>(2)</sup>に基づく組織現象の分析を試みている。

バーナードが提示した「組織」の概念は、世間一般のイメージを超えた広がりとお行きをもっている。バーナードは、組織を「意識的に調整された人間の活動や諸力の体系」と定義した<sup>(3)</sup>。そして組織を構成する要素として、コミュニケーション、協働意志及び共通目的を挙げた。これら3要素のうちの共通目的の有無によってまず「公式組織」と「非公式組織」に分類される。公式組織は、さらに結合の形態と論理によって、垂直的な「階層組織」と水平的な「側生組織」に分類される。共通目的のない個人相互間の接触や相互作用、集団形成であっても、「一定の態度、理解、慣習、習慣、制度を確立する」「公式組織の発生条件を創造する」などの結果をもたらすことが重視され、「非公式組織」の定義が与えられて考察の対象とされている。

他方、我々は組織における情報創造のメカニズムに関心を持っており、伊丹が提唱する場のマネジメント論とレヴィンの心理学的力の場の理論<sup>(4)</sup>を相互補完的に援用することがその解明の手掛かりになるのではないかと考えている<sup>(5)</sup>。伊丹は、組織構造や管理システムなどの手段そのものでなく、それらが人びとに働きかけて生じる情報創造のプロセスに注目する経営の新たなパラダイムとして、場の概念に基づくマネジメントの理論を提起した。伊丹のいう場とは、人びとの情動的相互作用の容れもののことをいう。人びとが参加し、意識・無意識のうちに相互に理解し、相互に働きかけ合い、共通の体験をする枠組みであり、その基本要素は、①アジェンダ（情報は何に関するものか）、②解釈コード（情報はどう解釈すべきか）、③情報のキャリアー（情報を伝えている媒体）、そして④連帯欲求の4要素である。これらの要素の共有が進むことで、周囲の共感者と相互作用を通じ、絶えず全体のなかで自分を位置づけながら行動を決めていくようなミクロマクロループが働いて、共通理解と心理的共振が同時に達成される。レヴィンは、人間の行動は生活空間の認知構造から生じる、さまざまな心理学的な力が合成された結果として生起するという考え方を打ち出し、そのような力の配置を力の場と呼んだ。伊丹のいう場のダイナミズムの源泉をレヴィンの心理学的力の場の状態や変化により生み出されるものと認識することにより、場のマネジメント論は組織的な情報創造の説明原理として一層有効なものになる。

バーナードと伊丹は、いずれも組織の基本要素である「協働目的」、「協働意欲」そして「情

1) バーナード（1938=1968）

2) 伊丹（1999）及び伊丹（2005）

3) バーナード（1938=1968）75 ページ

4) Lewin（1951=1956）

5) 小高（2005）

報伝達」に注目しているという点では共通項があるが、バーナードは組織の構造やそれを構成する制度の設計について、伊丹はリーダーたちが組織内のプロセスのかじ取りをどのように行うべきかについて、それぞれ焦点を当てている。組織の機能向上というテーマに取り組むための基本的な視座・視点として、バーナードは「仕組み」に重点を置き、伊丹は「仕掛け」に重点を置いた。

吉田先生とのインタビューから実感したのは、「仕掛け」を工夫することによって、自らが所属する組織のあり方を変え、一人でも多くの患者の苦痛を軽減しようとする強い意志であり、その実践であった。

医療サービスの基本型は診療という医師と患者の間の一对一の相互行為である。医師は患者と真摯に向き合い、じっくりと対話し、その悩みを解決すべく最適な処置を行おうとする。一人の医師がある特定の時点で向き合える患者は常に一人である。医師がいかに優秀であっても、その技量を直接活かせるのは、その瞬間に向き合っている一人の患者に対してでしかない。

いかに優れた手技や機器を開発しても、それを患者の治療に実際に活用しなければ医師の自己満足に留まってしまう。一对一という医療行為の特性から、多くの患者に対してその恩恵をゆきわたらせようとするには自分だけの個人プレーでは限界がある。吉田先生はそれを意識していた。自らが持つ知見やノウハウを、志を同じくする同僚、後輩、更に学外の医師たちと共有することにより、診療の現場でそれらを実践できる「協力者」を育成・支援することでこれを解決しようとした。

吉田先生による整形外科分野における新手技の開発と普及についての取り組みと成果は、先見性と包容性に溢れたリーダーが掲げた高い「目標」と大胆な「仕掛け」、そして繊細な「気配り」が周囲の人びとを巻き込んで驚くほど効果的に機能し、見事に結実した「場のマネジメント」の典型であったように思われる。

吉田先生と周囲の関係者・協力者の間では、「自ら向き合っている患者の治療と回復」という明確な「アジェンダ」が共有されていた。自らの行為の結果が他者の生死に関わる職業である医療という分野では、この部分のコンセンサスが比較的に形成されやすいのかもしれない。とりわけ吉田先生の場合は、内視鏡手術法という新規分野を明確に志向されておられたので、その「アジェンダ」に惹かれて集まる医師が多かったのであろう。

医療の現場は過酷である。その実態を知って飛び込み、続けようとする人びとは、強い動機を持っている。患者を助けたいという思いが共有されているのが医療の現場であるが、患者の期待にどれだけ応えられるのか、その悩みが大きい職場であろう。吉田先生はこうした職場環境を十分に認識して、周囲の人びとと同じ目線に立ち、頻繁に声をかけあいながら共に歩んできた。こうした日々の言動が困難な道を共に歩んでいきたいという「連帯欲求」を育んでいったものと推察する。

吉田先生は、「シンクロシティ」という言葉を用いて、周囲の人びとに対して、自らにとって意味のあると感じられる機会を見過ごさず、最大限に活かすことの大切さを伝えようとしているものと思われる。これは、我々が検討している「場のマネジメント論」の視点から解釈すれば、「共通理解」と「心理的共振」が同時に実現している状態でもある。

上好先生がリハビリテーションという分野の開拓者の一人であったことについては疑問の余地はない。若手の頃から狭い分野に閉じこもることなく、臨床経験を積極的に求めて知見を拡げられてきた。リハビリテーションの概念と具体的手法についても「あるべき姿」を追求し、あらゆる機会を生かし、さまざまな分野の医師や看護師、コメディカルの協力を得て、患者の立場に立った診療を実践されてきた。

とりわけ印象的であったのは、患者との関係でもスタッフとの関係でも、「コミュニケーション」を非常に重視し、納得と共感を得ながら仕事をしてこられた点である。いささか失礼ながら、インタビューの際に上好先生が笑みを浮かべられると、小高には「可愛い」と感じられた。こうしたさりげない行動が、相手との距離感を縮め、安心感や信頼感を醸成し、コミュニケーションを促進することが実感された。おそらく周囲の人びとの多くも、この笑顔に惹かれて先生の下に集ったのであろう。

上好先生がこのような形でのチーム医療を実践していた時、活発な「コミュニケーション」が「協働目標」の共有と「協働意欲」の強化をもたらし、さらに「心理的共振」の発生と「共通理解」の蓄積につながるという典型的な組織の情報創造があったものと推測される。このような観点から、やはり上好先生も「場のマネジメント」の名手であり、多くの人びとを巻き込んで、リハビリテーション医療という新しい分野において、先駆者として多大な成果と実績を残されたものと思料する。

これまで「医療」という相互行為については、素人が安易に関わるべきではない極めて高度な知識と経験に基づく専門職の世界という先入観があり、研究対象として見る事が無かった。それが吉田先生との出会いと会話からいくつかの調査の機会が生まれ、患者としての個人的な印象論や感情論に留まることなく、チーム医療における組織現象を客観的に観察・評価することが可能であると実感できた。

本稿で紹介した上好先生との対話から窺われるように、医療の関係者自身が個々の患者に対する診療行為とそれを支える診療体制・医療組織のミッションや運営などについて問題意識を持って試行錯誤を続けておられる。今回の調査における対話により、「チーム医療」に内在する諸問題について経営学・組織論の観点から提言を行うことで、その努力に貢献できることが分かった。「チーム医療」についての現状の把握とあるべき姿の提言を継続的にやっていくことを今後の課題としたい。

## 文献

- 伊丹敬之, 1999, 『場のマネジメント』 NTT 出版.
- 伊丹敬之, 2005, 『場の論理とマネジメント』 東洋経済新報社.
- 小田章・小高加奈子, 2014, 「島精機における組織の成長に関する一考察：バーナードの組織概念と伊丹の場のマネジメント論を用いて」『和歌山大学経済理論』第 377 号, 19-41.
- 小田章・小高加奈子, 2017, 「リスクと機会のはざまで：新しい組織論による医療分野の事例分析」『和歌山大学経済理論』第 387 号, 1-32.
- 小高加奈子, 2005, 「場の理論に基づく組織的情報創造の研究」『奈良女子大学大学院人間文化研究科年報』第 20 号, 189-200.
- Barnard, Chester I., 1938, The Functions of the Executive: Cambridge, Mass., Harvard University Press. (1968, 山本安次郎他訳『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社).
- Barnard, Chester I., 1948, Organization and Management: Cambridge, Mass., Harvard University Press. (1972, 遠藤篤美・関口和雄訳『組織と管理』慶應通信).
- Jung, C. G. Pauli W., 1955, The Interpretation of Nature and the Psyche, Bollingen Foundation Inc. (1976, 河合隼雄・村上陽一郎訳『自然現象と心の構造』海鳴社).
- Lewin, Kurt, 1951, Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers New York: Harper Bros. (1956, 猪股佐登留訳『社会科学における場の理論』, 誠信書房).
- Peat, F. David, 1987, Synchronicity - The bridge between Matter and Mind, Bantam Books Inc. (1989, 菅啓次郎訳『シンクロニシティ』朝日出版社).

The Importance of “Communication” in Team Medical Care:  
The Case of Wakayama Medical University

Akira ODA, Kanako KOTAKA

## Abstract

The Department of Rehabilitation Medicine at Wakayama Medical University was newly founded in association with the move of the university in May 1999. Dr. Akitaka Ueyoshi was appointed the first professor, and he constructed the basis for the department. Dr. Munehito Yoshida, former professor of the university and president of its affiliated hospital, once worked with Dr. Ueyoshi and was greatly influenced by his leadership and communication style. This article attempts to describe and record how Dr. Ueyoshi developed and disseminated the new concept and methods of “rehabilitation” while teaching, guiding, and encouraging his staff members, assistants, and various other collaborators.